

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1914-1915. — N° 12.

Travail de la Clinique de M. le Professeur agrégé SIRAUD

La Synovite professionnelle traumatique de la Gaine des extenseurs et des radiaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 juillet 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LABAN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Toulouse, le 14 août 1888.



LYON

L. GODARD & C^e, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
9-11, rue Villeroi, 9-11.

1915

La Synovite professionnelle traumatique

de la Gaine des extenseurs et des radiaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1914-1915. — N° 12.

Travail de la Clinique de M. le Professeur agrégé SIRAUD

La Synovite professionnelle traumatique de la Gaine des extenseurs et des radiaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 juillet 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LABAN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Toulouse, le 14 août 1888.



LYON

L. GODARD & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
9-11, rue Villeroi, 9-11.

1915

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie.	MARTIN (Etienne)
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THÉVENOT (Léon)	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM NICOLAS, Président; Et. MARTIN, Assesseur;
MM. SIRAUD et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA GRAND-MÈRE

En témoignage de mon affection
qui est sans bornes, comme la re-
connaissance que je leur dois.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique dermatologique, à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hopitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a toujours accueilli avec une extrême bienveillance. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse.

Nous le prions d'agréer l'hommage de nos plus respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Luc

Il nous a reçu et soigné dans sa clinique avec infiniment de bienveillance.

Il a bien voulu ensuite nous inspirer le sujet de cette thèse et nous en faciliter la rédaction par tous les moyens ;

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de la profonde gratitude que nous lui garderons à ce double titre.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE MARTIN

Professeur de Médecine légale

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Nous leur présentons nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant de faire partie de notre Jury de thèse.

AU DOCTEUR DILLENSEGER

En souvenir de dix ans d'amitié
intime..

A MES AMIS

DU GROUPE DE BRANCARDIERS DE LA 73^e DIVISION

PARTICULIÈREMENT AU D^r BOU-HANNA

ET DE L'AMBULANCE N^o 1/73

PARTICULIÈREMENT AU D^r DE CASTÉRAS, MÉDECIN-CHEF

A MES BONS AMIS D'ÉCOLE

PARTICULIÈREMENT AU D^r KROUCH

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales et au jour longtemps attendu de les couronner du titre envié, nous aimerions jeter un regard en arrière avec la satisfaction tranquille d'un voyageur arrivé au port.

Ce jour eut été pour nous celui d'une grande joie, si nous étions venu ici accompagné suivant la coutume, de nos meilleurs camarades d'étude, évoquant avec une émotion particulière le souvenir des premiers efforts, et l'enthousiasme des commencements imminents. Mais de mauvais jours sont venus, et il n'est possible à personne aujourd'hui de ne pas sentir quelles circonstances douloureuses nous enserrent.

Nous mêmes, ne devons qu'aux loisirs d'une convalescence trop longue d'avoir pu mettre au point ce bien modeste travail ; ainsi rendu pour un temps aux mêmes occupations paisibles d'autrefois, nous devons à cette occasion sans doute d'avoir pu sentir davantage combien les temps sont changés.

Impossible de se souvenir de ces trois années d'Ecole, de ces trois belles années de vie studieuse et même heureuse par instants, en dépit des contingences, sans s'attrister à la pensée que l'Ecole n'existe plus et que, tout le long de cette ligne piquée de petits drapeaux, qui, pour un temps encore barre cruellement la carte de la Patrie, nous soyons dispersés tous, maîtres comme élèves, au gré des nécessités.

Il viendra pourtant le jour de la Victoire, le jour où nous nous retrouverons, notre joie comme voilée de la tristesse de tant de disparitions précoces ; on se souviendra alors de ces impressions fortes, luttés âpres, devoirs sévères, et de notre espérance immuable enfin réalisée ;

Aujourd'hui tandis que là-bas la tragédie dure, et d'ici en attendant que notre tour revienne d'y figurer, toute notre amitié cordiale s'en va vers les camarades lointains ; tous nos souhaits affectueux vers ceux que nous avons particulièrement connus et aimés, notre salut profond, respectueux et triste, vers ceux qui sont tombés glorieusement.

INTRODUCTION

Ce travail nous a été inspiré par M. le Professeur agrégé Siraud, chirurgien de l'Hôpital Saint-Luc. Nous avons puisé dans ses observations nombre d'exemples de cette lésion professionnelle, existant dans certaines catégories de travailleurs.

Des contestations d'ordre médico-légal en ce qui concerne la responsabilité des patrons se sont produites à l'occasion de cet accident professionnel, certains médecins le rejetant en tant qu'accident du travail et ne reconnaissant pas son origine traumatique. Or, celle-ci est indiscutable, ainsi que le prouvent quantité d'observations similaires ; c'est ce que ce travail se propose de montrer.

Nous avons établi notre plan de la façon suivante :

- 1° Considérations anatomiques ;
- 2° Etiologie ;
- 3° Etude clinique et diagnostic ;
- 4° Point de vue médico-légal ;
- 5° Traitement ;
- 6° Observations ;
- 7° Conclusions.

Sur les 8.000 observations d'accidents du travail que nous avons dépouillées, nous avons relevé 21 cas de synovite traumatique, soit une proportion de 1 p. 400.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Les tendons des muscles radiaux et extenseurs à l'avant bras, destinés à mouvoir le squelette du carpe, du métacarpe ou des doigts, passent à la face dorsale du poignet et de l'avant bras dans des coulisses ostéo-fibreuses qui les *fixent* et leur servent en outre de *poulies de réflexion*. Ils sont, dans ce passage, entourés de gaines synoviales au nombre de sept, et qu'on distingue en allant de dehors en dedans en :

- 1° Gaine du long abducteur du pouce ;
- 2° — du court extenseur ;
- 3° — des radiaux ;
- 4° — du long extenseur du pouce ;
- 5° — de l'extenseur commun des doigts et extenseur propre de l'index ;
- 6° — de l'extenseur du cinquième doigt ;
- 7° — du cubital postérieur.

Les gaines des radiaux et du long extenseur du pouce sont particulièrement le siège de l'affection que nous décrivons. Nous les étudierons spécialement, en faisant connaître quelques détails anatomiques inédits. Nous passerons sous silence les dispositions anatomiques des autres gaines des tendons, connues et décrites par tous les traités classiques.

La gaine du long extenseur du pouce, d'une longueur de 6 à 7 centimètres, naît relativement haut, au contact même des dernières fibres musculaires, et descend jusqu'au bord supérieur du trapèze.

La gaine des radiaux, née généralement au dessous du point où le court extenseur du pouce croise les tendons qu'elle contient, descend jusqu'à 1 centimètre de leur insertion inférieure.

Les deux gaines communiquent largement entre elles par un orifice ovalaire, du moins dans l'immense majorité des cas, chez l'adulte. Poirier déclare avoir rencontré cette communication dans 19 cas sur 20 sujets examinés.

Les dissections de notre confrère M. Devaux, interne lauréat des hôpitaux de Lyon, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques ont confirmé cette statistique ; voici trois observations que nous devons à son obligeance.

1^{re} *Observation.* — Injection d'air dans la gaine des radiaux. Le tendon du long extenseur relevé, on voit la face antérieure de sa gaine communiquer, par un orifice arrondi de 2 millimètres 5 environ de diamètre avec la face postérieure de la coulisse séreuse du 2^e radial.

2^e *Observation.* — Injection au suif. La gaine remonte à 4 centimètres au dessus de l'interligne radio-carpien ; la communication se fait par un orifice ovalaire, mesurant près d'un centimètre situé à la face postérieure de la gaine radiale, son grand axe orienté suivant l'oblique que décrit le tendon du long extenseur en croisant les radiaux.

3^e *Observation.* — Injection au Teichmann. La communication se fait par un orifice ovalaire d'un demi centimè-

tre de grand diamètre, répondant au tendon du 2° radial.

Poirier distingue, parmi les séreuses secondaires fusionnées celles fusionnées par *extension* et celles par *usure*. C'est incontestablement de ce second phénomène qu'il s'agit ici. Nous en concluons que, si la communication des gaines des radiaux et du long extenseur du pouce est un phénomène presque constant chez des sujets pris au hasard, à plus forte raison devra-t-on la rencontrer chez les sujets qui, en raison de leurs habitudes professionnelles, soumettent les trois muscles précités à un travail intensif.

Cette communication est en effet un phénomène secondaire : elle est relativement rare chez le nouveau né, et n'existe jamais chez le fœtus. Poirier déclare ignorer à quel âge elle se produit.

Bien mieux, ce que nous avons dénommé gaine des radiaux, à l'exemple des auteurs classiques, pourrait faire l'objet d'une description en partie double ; chacun des tendons en effet a sa gaine propre, terminée à la partie supérieure et inférieure par un cul de sac, distinct de celui du tendon voisin ; mais les deux gaines sont fusionnées sur la plus grande partie de leur trajet, ce qui explique qu'on en décrive une seule ; fusion incomplète existant seulement à la face postérieure des tendons (chambre postérieure), tandis qu'à leur face antérieure ils demeurent séparés par une cloison cellulaire très nette, un véritable méso, qui sur le niveau des tendons eux-mêmes s'épanouit en une lame intertendineuse. La signification de cette cloison a été bien étudiée par Lucien (thèse Nancy) 1907.

Il montre, par l'étude du développement embryogénique des gaines synoviales de la face dorsale du poignet, que ce

sont là, des formations précoces véritablement primitives et parfaitement autonomes. Elles correspondent chacune à une ébauche distincte, (foetus de 65 millimètres), c'est seulement à la suite de remaniements survenus à des stades évolutifs ultérieurs que ces gaines perdent en partie leur indépendance ou leur formes premières.

Voici quel est le processus ordinaire de ces modifications morphologiques :

Chez le fœtus, les 2 tendons radiaux, inclus dans l'ébauche de la cavité synoviale qui leur est commune à ce stade, ne sont pas libres, mais réunis entre eux et aussi à la paroi interne de cette gaine par un épais méso.

Comme il advient pour tous les organes inclus dans une cavité synoviale close, les vaisseaux nourriciers des tendons doivent forcément, pour les atteindre, soulever le feuillet pariétal de la double membrane qui les enveloppe ; il en résulte la formation d'un pli, constitué par les deux feuillets soulevés qui se soudent dos à dos grâce à l'interposition d'un tissu cellulaire lâche. C'est dans l'épaisseur de ce méso lui-même, que se creusent secondairement les deux cavités synoviales secondaires. Ainsi s'explique la morphologie de notre gaine chez l'adulte ; la chambre postérieure répond à la cavité synoviale primitive ; la cloison intertendineuse est le vestige du méso-tendon du fœtus ; dans l'observation 11, rapportée ci-dessus, il existait à titre vestigial, un mince méso, délicat et presque transparent. Sa persistance inégale suivant les sujets, explique la grande diversité des descriptions que l'on a données de cette gaine.

Les vaisseaux nourriciers persistent également en partie et les injections très fines de l'artère humérale, par exemple l'injection au Teichmann, permettent de distin-

guer aisément chez l'adulte de petits vaisseaux sanguins très tenus, décrivant dans l'épaisseur de la membrane nombreuses sinuosités (Devaux).

A l'état normal existe une très petite quantité de liquide à l'intérieur de la gaine ; nous avons pour nous assurer de ce détail, incisé à l'amphithéâtre la gaine des radiaux sur quatre sujets. Les tendons mis à jour apparaissaient brillants et comme lubrifiés ; le feuillet pariétal de la gaine était également lisse, poli et humide, le cul de sac supérieur était vide, le cul de sac inférieur était tapissé d'une couche un peu plus épaisse, à peine perceptible cependant, d'un liquide onctueux et clair de consistance sirupeuse.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE

La lecture des observations jointes à notre travail montre que les causes de l'affection qui nous occupè peuvent être de deux sortes.

Dans une première série de cas, il s'agit d'un traumatisme banal (avant bras serré, par une poulie chute sur la main etc).

Plus intéressants au point de vue étiologique sont ceux où l'affection survient sans cause apparente, et apparait ainsi moins nettement comme un accident du travail. L'observation IV se rapportant à un scieur de pierres et l'observation 22, celle d'un infirmier de l'hôpital St Pothin, qui la veille, avait travaillé pendant 4 heures à pelleter du charbon, sont particulièrement typiques. Dans ces deux cas, on voit plus nettement que dans les autres le rôle du mouvement spécial commandé par la profession, et qui implique les mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la main sur le poignet avec déjettement de la main sur le bord radial.

Or c'est là, précisément, le mouvement produit par les radiaux. On ne saurait donc trouver surprenant que, ces muscles soumis à un travail exagéré, et leurs tendons par suite à un frottement continu, il puisse en résulter, chez

des individus peut-être *d'ailleurs prédisposés*, une affection qui apparaît ainsi incontestablement comme un accident du travail.

Ces cas sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents qu'il n'y paraît à première vue à la lecture de nos observations. Car, mis à part les cas ci-dessus précisés où la cause est un traumatisme direct, il en reste un certain nombre où elle n'est pas nette, le blessé indiquant seulement que son attention a été attirée pour la première fois par une sensation douloureuse, perçue au cours d'un mouvement quelconque ou d'un effort un peu plus grand.

Quand on interroge ces malades, on retrouve presque toujours, dans la recherche des causes possibles le même mouvement déjà signalé des radiaux et des muscles du pouce, produisant l'extension au poignet et avec déjettement de la main sur le bord radial. Il s'agit parfois d'habitudes professionnelles courantes ; c'est ainsi que l'observation I se rapporte à un garçon de café, habitué pour porter son plateau à mettre sa main droite et ses doigts en extension ; que les observations V et IX sont celles de peintres plâtriers obligés à ce mouvement par le manœuvrement continu de la truelle et du gros pinceau des peintres en bâtiment ; que l'observation II a trait à un biscuitier, qui, la veille, avait tourné pendant plusieurs heures la mécanique d'un pétrin à palettes et qui, revenant le lendemain au même travail, sent tout à coup, à l'occasion du mouvement inverse consistant à retenir la mécanique pour l'arrêter, et en dehors de tout traumatisme ou mouvement fait à faux, une vive douleur dans le poignet droit.

Dans tous ces cas, l'acte accompli au moment précis où l'ouvrier sentait pour la première fois sa douleur, étant bien entendu qu'il ne s'est accompagné d'aucun trauma-

tisme, ne peut être retenu comme la cause déterminante de l'affection ; peut être joue-t-il le rôle de cause occasionnelle ; plus probablement n'est-il que l'occasion pour le malade de se rendre compte d'une lésion demeurée jusqu'alors insoupçonnée : il lui accorde alors une importance exceptionnelle, et raconte son accident au médecin, comme survenu à propos d'un mouvement dont la physiologie n'explique rien à celui-ci. Il y a là un phénomène dont la psychologie est banale, et dont on trouve l'analogue dans l'histoire des femmes qui, atteintes d'une néoplasme mammaire au début, l'ignorent pendant longtemps, puis un jour subissent un traumatisme quelconque, douloureux à cause de la présence de la tumeur, s'aperçoivent alors de sa présence, et n'en font pas remonter la cause plus haut que ce dernier accident.

La cause déterminante de la synovite des tendons des radiaux et des extenseurs du pouce est donc avant tout le mouvement exagéré ou répété longtemps, produit par la contraction de ces muscles. Il existe aussi des causes prédisposantes, mais qui sont les mêmes pour tous les synovites et n'ont rien de spécial à notre sujet ; ce sont l'arthritisme, les crises antérieures de rhumatisme, et, localement, les traumatismes antérieurs du poignet ayant modifié la morphologie des coulisses où glissent les tendons, soit dans leur partie osseuse (fracture de l'extrémité inférieure du radius) soit dans leur partie ligamenteuse (luxation radio-carpienne).

Sous l'influence du frottement, il se produit à l'intérieur de la gaine et dans le tissu conjonctif qui l'entoure des phénomènes d'irritation.

Il est très probable qu'en outre, les petits vaisseaux sanguins signalés plus haut dans le méso-tendon soient

rompus par son tiraillement, et que l'hémorragie qui en résulte vienne contribuer à l'injection de la cavité.

Cette hypothèse nous paraît particulièrement vraisemblable dans les cas à invasion très rapide.

CHAPITRE III.

EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

La synovite peut avoir un début brusque ; c'est à l'occasion d'une chute ou d'un traumatisme quelconque, c'est au cours de son travail et à l'occasion d'un mouvement d'une amplitude un peu plus considérable que le malade ressent une douleur à la face dorsale du poignet ; parfois même la lésion paraît avoir un début tout à fait insidieux, (comme dans les observations 22 et 23) ; ou c'est au matin, dès leur lever, que les ouvriers s'en aperçoivent pour la première fois. La période d'état est aussi très rapidement atteinte en 24 ou 48 heures au plus ; le blessé se présente alors portant sa main légèrement fléchie sur l'avant bras, dans une attitude qui paraît rigide, les doigts sont également à demi fléchis sur la main, (attitude de repos.) Il existe une tuméfaction plus ou moins importante de la

région postérieure du poignet, plus marquée du côté radial, empiétant souvent sur le dos de la main, jusqu'à la base des deux premiers métacarpiens, s'effaçant graduellement vers la partie moyenne de l'avant bras. Dans certains cas où l'injection de la gaine est particulièrement importante, on perçoit à l'œil la bride produite par le ligament annulaire postérieur du carpe, tandis qu'au dessus de lui apparaît un gonflement plus considérable répondant au cul de sac supérieur de la gaine. La peau est le plus souvent rouge dans toute l'étendue de la tuméfaction.

A la palpation, il est bien difficile de distinguer quelle part revient dans cette modification de volume à la collection possible de liquide dans les gaines synoviales, et quelle part à l'infiltration des tissus voisins ; quoiqu'il n'existe pas d'œdème les deux phénomènes paraissent intervenir pour donner une consistance qui, pour peu que le malade soit vu 24 heures ou plus après le début, peut-être parfois très dure, au point que l'on ait l'impression d'être devant une synovite fongueuse ou à grains riziformes.

Outre qu'il n'est pas certain qu'il existe toujours du liquide, sa tension est trop grande, lorsqu'il est présent, et trop petite la cavité qui le contient, pour qu'il puisse donner la sensation de fluctuation ; on aurait plus aisément celle de rénitence ; c'est à dire qu'au toucher bi manuel, une main restant passive, celle qui comprime la tuméfaction éprouve, agissant progressivement, la sensation d'une résistance élastique qui cède peu à peu ; puis les doigts ayant cessé leur pression se sentent peu à peu remis à leur place, tandis que la main restée passive peut percevoir, mais à un moindre degré, une alternative d'augmentation et de diminution de pression.

La palpation, au cours des mouvements de la main sur le bras, s'accompagne d'une *crépitation* caractéristique. Il s'agit naturellement de mouvements passifs, les mouvements actifs étant rendus à peu près impossibles par la douleur vive dont ils s'accompagnent et qui a fait donner à cette affection le nom de Aï douloureux ou Aï crépitant, le malade étant censé pousser un cri de douleur à chaque mouvement passif.

Cette crépitation, souvent subjective, c'est à dire, perçue par le malade lui-même, s'étend jusqu'à l'insertion inférieure des tendons radiaux, n'étant plus perçue au niveau des métacarpiens. Par contre, elle remonte très haut dans l'avant bras, le long des muscles intéressés, parfois même jusqu'à leurs attaches supérieures. Il s'agit là, sans doute, d'un phénomène de propagation au long des fibres musculaires, car nous admettons que la crépitation est produite à l'intérieur de la gaine tendineuse, par le frottement des deux parois dépolies, et nous savons que son cul de sac supérieur ne s'élève jamais plus haut que 2 à 3 centimètres du ligament annulaire postérieur.

L'extension de cette propagation a produit une divergence d'opinion sur le siège de l'affection qui nous occupe ; un certain nombre d'auteurs, Larger, Debierre, Rochet, le placent dans une formation séreuse, gaine synoviale pour les uns, bourse synoviale pour les autres, qu'ils disent exister entre les 2 groupes musculaires constitués par les radiaux externes d'une part, le court extenseur et le long abducteur du pouce d'autre part, mais que tous les anatomistes n'admettent pas (Poirier).

Cette divergence d'opinion est facile à expliquer. Car si, dans certains cas, l'amplitude des déplacements du tendon au sein du tissu cellulaire où il baigne, crée dans

ce tissu des modifications poussées jusqu'au type complet de la synoviale ou de la bourse séreuse, il est d'autres individus chez lesquels cette différenciation du tissu conjonctif est moins marquée, et ne produit qu'une cavité mal limitée, plus ou moins injectable par les procédés anatomiques ordinaires.

A ces dispositions anatomiques variables correspondent naturellement suivant les sujets, des modalités cliniques différentes. Il semble cependant que, la bourse séreuse en question, interposée aux 2 groupes musculaires étant inconstante, la gaine des radiaux et celle, (en communication avec elle), des extenseurs du pouce, doivent être le siège si l'on peut dire normal et primitif de la synovite. Et celle-ci peut bien se propager à la bourse intermusculaire, ou même y prendre naissance en même temps dans les cas naturellement où elle existe.

Quand cette bourse n'existe pas, on a affaire à une synovite ; quand elle est elle-même envahie on a, comme complication, un hygroma. Par sa situation anatomique s'explique l'extension de la crépitation jusqu'à la partie supérieure des muscles, rencontrée dans certains cas.

Quoiqu'il en soit, cette crépitation tendineuse est fine et délicate, quoique assez facile à sentir ; on l'a comparée à celle qu'on obtient en froissant de la neige ou de l'amidon entre les doigts. Il faut éviter de la confondre avec la sensation très particulière fournie par la synovite à grains riziformes, que l'on peut reproduire expérimentalement en faisant circuler des grains de riz dans une vessie étranglée contenant en outre un peu d'eau. La distinction n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic et par conséquent du traitement. Son intérêt a

été souligné pour nous par ce fait que l'un de nos malades, celui qui fait l'objet de l'observation III a présenté des grains riziformes. Il s'agissait d'un homme de 38 ans, manoeuvre chez un batelier, et chez celui-ci encore, dans le maniement quotidien de la rame et surtout de la gaffe, nous retrouvons le mouvement déjà signalé, flexion-extension du poignet déjettement de la main sur le bord radial. Son affection avait eu un début trop brusque pour être une synovite à grains riziformes banale ; il accusait, d'ailleurs, lui aussi, un traumatisme à son origine, reçu à l'occasion d'une chute accidentelle pendant qu'il chargeait son bateau. Il n'y avait pas de crépitation nette. Le diagnostic fut fait de synovite à grains riziformes ; il y avait d'ailleurs une adénite axillaire, et le diagnostic fut fait de bacillose probable.

Quoique ne rentrant pas à proprement parler dans la catégorie que nous étudions des synovites accidentelles et professionnelles, il nous a paru que cette observation méritait d'être rapprochée de celles qui constituent notre dossier ; car si, dans l'expérience classique de Max Schuller ; inoculant la tuberculose sous la peau d'un cobaye puis provoquant une tumeur blanche en traumatisant le genou, on voit le traumatisme agir comme cause occasionnelle et déterminante de la localisation d'une infection, il n'est pas téméraire de penser qu'ici également l'infection généralisée et le traumatisme local ont agi simultanément, enchevêtré leurs effets, soit que la contusion ait provoqué une synovite bacillaire d'entrée, soit que le bacillose imprégnant cet organisme soit venu modifier secondairement une synovite banale en cours.

Nous reviendrons sur ce point à propos de l'estimation du dommage professionnel. Retournons pour le moment à notre examen clinique.

Dans tous ces cas, nous l'avons dit, les mouvements actifs de la main, sont complètement supprimés. Les mouvements passifs demeurent possibles, mais la flexion de la main et surtout son déjettement sur le bord cubital sont extrêmement douloureux par suite de la pression exercée sur les gaines.

Ces phénomènes s'étendent au pouce, dont les muscles ont leurs gaines également atteintes, soit primitivement, soit en raison de la communication avec la gaine des radiaux que nous avons étudiée à propos de l'anatomie. **Mais, dans la grande majorité des cas (80 0/0 de nos observations) les tendons extenseurs des doigts sont indemnes ; aussi les mouvements actifs des doigts autres que le pouce sont ils partiellement conservés, et leur extension passive ne provoque-t-elle que des phénomènes douloureux beaucoup moins accentués.**

On décrit couramment trois formes cliniques de synovite aiguë ; la forme sèche, la forme séreuse, la forme suppurée.

La synovite considérée comme accident professionnel que nous envisageons ici parvient-elle à la forme suppurée ? Nous en doutons, car nous n'avons pour notre part jamais observé une telle évolution.

Quant aux deux autres formes, sèche ou séreuse, il est bien difficile de dire laquelle est le plus couramment observée ; car ces termes n'ont d'utilité que pour la description de cas types, qui ne se rencontrent presque jamais en clinique dans toute leur pureté.

Sous l'influence de la cause pathologique déterminante, la quantité du liquide normalement contenu à l'intérieur de la gaine augmente, pendant que la paroi elle-même, qui le secrète, subit d'autre part des modifications cellu-

lares d'abord desquamantes, puis hyperplasiques, et le dépoli qui en résulte explique la crépitation caractéristique dont nous venons de parler.

Mais ces deux processus ne vont jamais l'un sans l'autre ; l'importance de chacun d'eux est seulement variable suivant les cas, d'où il ressort que c'est parfois l'épanchement qui est l'accident caractéristique (synovite séreuse) tandis que dans d'autres cas (synovite sèche) les modifications histologiques de la gaine et son épaissement paraissent constituer toute la lésion.

Il est même logique d'ajouter, en nous reportant à l'existence et à la disposition des petits vaisseaux contenus dans les mésos des tendons ou leurs expansions, que dans certains cas de mouvement brusque, il doit se produire des ruptures partielles ou totales du méso et de ses expansions tendineuses.

Dans ces cas, et notamment dans quelques-uns observés presque immédiatement après l'accident, la distension des gaines était déjà sensible. Il s'agit là de véritables hématomes des gaines, donnant à la palpation directe la sensation d'une crépitation neigeuse moins sèche, plus floue que dans la synovite sèche.

En outre, l'hypothèse d'un hématome d'origine traumatique est révélé un peu plus tard par l'aspect ecchymotique des téguments recouvrant les gaines.

M. le Professeur Siraud a eu l'occasion, dans deux cas de synovite s'accompagnant de distension très douloureuse de pratiquer la ponction, dans un but thérapeutique.

Dans le premier cas, (observation n. XIII) la ponction, pratiquée à l'aide de la seringue de Pravaz, donna issue à quelques grammes de liquide synovial nullement altéré dans son aspect habituel.

Dans le deuxième cas, (observation n. XVII), la ponction donna issue à un liquide séro-hématique net.

Il nous a paru intéressant de relater le résultat de ces ponctions, qui permettent d'établir, au point de vue clinique et anatomo-pathologique deux variétés de synovite traumatique de la gaine des radiaux et des extenseurs.

En résumé, nous pouvons dire qu'il existe trois types cliniques de synovite traumatique professionnelle :

1° La synovite sèche proprement dite ou aïe crépitant.

2° La synovite accompagnée de distension des gaines par du liquide synovial normal, mais en quantité exagérée.

3° La synovite hématique, assez grave, dont l'origine est due à un traumatisme plus violent, et qui doit s'accompagner d'arrachement des mésos ou des expansions tendineuses, la guérison de cette dernière forme étant généralement plus longue que pour les deux premières.

Dans les trois cas d'ailleurs, les signes généraux sont à peu près nuls ; il n'y a pas de température, l'état général est conservé.

L'évolution est rapide ; 10 à 20 jours suffisent en moyenne à la guérison. Les récidives ne sont pas rares, ce qui s'explique naturellement par la persistance des mêmes causes, l'ouvrier reprenant le même travail après son rétablissement.

La possibilité du passage à l'état chronique est admise par la plupart des auteurs. Pour notre part, nous ne l'avons jamais observé ; mais il doit s'agir dans ces cas de synovite bacillaire complication d'ailleurs rare, puisque nous n'en avons trouvé qu'une observation.

Il existe peu d'affections siégeant à la face postérieure du poignet et qui risquent d'être confondues avec celle-ci.

On la distinguera aisément des affections traumatiques

du poignet et des arthrites, qui donnent des signes bien autrement localisés.

La luxation tendineuse, est un accident extrêmement rare à ce niveau. Nous ne parlerons que pour mémoire de la rupture ou de la section accidentelle d'un tendon, qui s'accompagne d'une impotence absolue du doigt correspondant. La fracture du radius a aussi sa déformation caractéristique.

Le diagnostic pourra être malaisé au premier abord avec les synovites chroniques bacillaires ; particulièrement dans les cas où l'étiologie traumatique n'est pas nette, les phénomènes douloureux peu marqués, et où le sujet présente par ailleurs des signes de cette affection. La présence des grains riziformes (bruit de chainon) les ganglions épihochléens ou axillaires concomitants, les antécédents du sujet rendent la confusion impossible ; mais certains cas de synovite aiguë avec injection abondante de la gaine peuvent prêter à une confusion, d'ailleurs de courte durée, l'évolution ultérieure fixant rapidement le diagnostic.

La synovite syphilitique est presque toujours bilatérale. L'absence des commémoratifs et de tout autre signe de spécificité, surtout l'évolution rapide vers la guérison suffiront à l'éliminer.

CHAPITRE IV.

POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

La loi du 9 avril 1898, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905 précise la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes pendant leur travail et du fait de leur travail :

« L'ouvrier n'a plus de risque professionnel à courir ; comme son travail le fait créancier du salaire, tout accident du travail le fait créancier d'une indemnité. » (Millerand, ministre du commerce, 1901)

Les conséquences médicales de l'accident sont au nombre de quatre : La mort, l'incapacité temporaire, l'incapacité permanente partielle et l'incapacité permanente totale.

L'affection que nous étudions ici suit à peu près toujours, nous l'avons vue, une évolution bénigne, terminée par la « restitutio ad integrum » Nos accidentés se rangent donc dans la deuxième catégorie, celle des incapacités temporaires, qui leur donne droit à l'attribution d'une indemnité journalière égale à la moitié du salaire perçu au moment de l'accident. La durée de cette incapacité varie nous l'avons vu, entre 15 à 30 jours.

Mais encore faut-il, pour que ce droit soit créé, que l'affection présentée par l'ouvrier soit véritablement un accident du travail. Voici la définition qu'en donne Thoinot : « Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale ou médicale, avec ou sans lésion corporelle concomitante résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure intervenant pendant le travail, ou à l'occasion du travail ; toute lésion interne déterminée par un effort violent au cours du travail. »

Pour les quatre de nos observations où un traumatisme direct a provoqué l'affection (observations numéros, II, III, XX et XXI) aucun doute n'est possible, elles rentrent dans la première catégorie.

Faut-il ranger les autres dans le deuxième ? La question mérite d'être posée parce que le rôle étiologique de la profession n'y apparaît pas toujours au premier abord ; à cause de la tendance qu'a l'ouvrier à se croire et à se dire blessé », il attribue sa lésion à l'acte qu'il accomplissait au moment où elle lui est devenue sensible : « *post hoc, ergo propter hoc* » .

De plus, nous avons vu que la synovite survient très souvent chez des individus prédisposés par un tempérament arthritique ou même par des crises rhumatismales antérieures. On pourrait donc croire, à première vue, qu'il s'agit là simplement d'une atteinte nouvelle, en un mot d'une maladie, dont la localisation aurait pu à la rigueur être déterminée par les circonstances de la profession.

Nous croyons avoir démontré qu'il n'en est rien par la publication de nos observations, dont quelques-unes sont particulièrement typiques. Dans l'observation XXII par exemple, celle de cet infirmier de l'hôpital St Pothin qui travaille un jour pendant 4 heures à pelleter du charbon,

et qui s'éveille le lendemain avec une synovite, on ne saurait nier le rôle étiologique de ce travail prolongé, nécessitant la répétition constante du même mouvement de la main sur l'avant bras. Et cette opinion peut encore moins être contestée quand on rapproche cette observation de celles voisines, de l'observation XXIII par exemple, qui concerne un forgeron, obligé pour le maniement du marteau à un mouvement presque identique ; de l'observation XI qui a trait à un biscuitier qui a tourné pendant plusieurs heures la mécanique d'un pétrin ; des observations V et IX, qui sont celles de peintres en bâtiment.

Nous disons donc qu'il existe des cas de synovite crépitante de la gaine des radiaux qui surviennent dans certaines catégories professionnelles qui présentent ceci de commun qu'elles exposent les ouvriers à la répétition fréquente du mouvement produit par la contraction de ces muscles : extension de la main avec déjettement sur le bord radial. Sans prétendre faire de ces professions une énumération complète, nous citerons les terrassiers, les peintres, les forgerons, les menuisiers (rabot et tournevis) etc...

Nous disons que ces synovites doivent être considérées comme des accidents du travail, et que les malades qui en sont atteints doivent avoir le bénéfice des dispositions de la loi de 1898. Nous n'oublions pas, en parlant ainsi, ce que nous avons écrit dans l'étiologie au sujet du tempérament arthritique du sujet ou des atteintes antérieures de rhumatisme, considérés comme causes prédisposantes ; mais il nous suffit que l'accident et les phénomènes inflammatoires soient dans un rapport de cause à effet ; le travail ici intervient non pas comme *révéléateur* d'une affection latente, comme dans le cas de l'ouvrier qui reçoit

un coup de manivelle sur le thorax, fait une hémophysie mortelle, et est trouvé à l'autopsie porteur de lésions tuberculeuses avancées ; il intervient au contraire comme *créateur* d'une lésion. Le diabétique qui subit un traumatisme léger, puis qui fait une gangrène nécessitant l'amputation de son membre, a droit à l'indemnité correspondant à cette amputation. La jurisprudence de ces cas est maintenant bien fixée ; la Cour de cassation a déclaré que *les juges ne doivent pas distinguer dans les suites d'accidents, la part qui revient à une maladie préexistante et celle qui est la résultante directe du traumatisme*. La question à poser est simplement celle-ci. Le blessé eut-il présenté cette affection en dehors de son travail ? Evidemment non. — Le patron est donc responsable. D'ailleurs, dans sa pratique hospitalière, M. le Professeur Siraud n'a pas vu contester cet accident, la relation de cause à effet ayant été acceptée par les patrons ou les compagnies d'assurances.

Le Professeur Etienne Martin n'est que partiellement de cet avis.

Il a eu l'occasion d'observer, à Lyon, en 1913, de très nombreux cas de synovite crépitante, qui apparaissaient surtout chez des ouvriers boulangers ; ces ouvriers racontaient qu'en travaillant au pétrin, et pendant le mouvement qui consiste à soulever la pâte, ils avaient brusquement senti une douleur dans le poignet. Ces cas furent si nombreux, pendant une période, que les compagnies d'assurances s'émurent ; une expertise médico-légale fut ordonnée dont M. Etienne Martin fut chargé. Et ses conclusions furent :

1° Il existe un grand nombre de professions s'accompagnant de synovite chronique, avec ou sans épanchement

à évolution extrêmement lente et généralement peu douloureuse. Ces synovites, résultant de l'exercice normal de la profession, et dont l'apparition a lieu en dehors de tout accident, rentrent dans la catégorie des *maladies professionnelles* et ne doivent pas bénéficier de la loi de 1898.

II° Dans d'autres cas au contraire, observés soit chez un individu sain, soit plus souvent chez un porteur de cette synovite chronique, on peut voir, à l'occasion d'un « faux » mouvement ou d'un effort exagéré, une synovite *aiguë*, caractérisée par la production d'un hématome à l'intérieur des gaines. Le diagnostic de cette forme est fait soit par la teinte ecchymotique des téguments, soit par la ponction.

Ici apparaît nettement le rôle du travail comme *créateur* ou *aggravateur* d'une lésion accidentelle, et dans ce cas seulement la loi de 1898 est applicable.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT

Les synoviales tendineuses ayant la même pathologie que les synoviales articulaires, la thérapeutique à mettre en œuvre sera celle employée contre les lésions articulaires de même nature.

I° Immobilisation de l'avant bras et de la main, pendant 4 à 8 jours, sur planchette, ou simplement avec un enveloppement ouaté et bandage.

II° Bains chauds. Massages.

III° Révulsion (Teinture d'iode)

Au point de vue prophylactique la contention du poignet par un bracelet remontant jusqu'au tiers inférieur de l'avant bras est utile.

L'intervention opératoire a priori n'existe pas. Tout au plus pourrait-on discuter dans certaines formes douloureuses de la synovite, avec distension considérable des gaines, de l'opportunité d'une ponction, comme dans les deux observations rapportées plus haut, et où le soulagement a été immédiat.

Il est certain que l'intervention est indiquée dans la synovite fongueuse ou à grains riziformes, celle-ci d'ailleurs ne devant pas être considérée comme accident du travail, mais pouvant chez un ouvrier prendre tout à coup une marche aiguë à l'occasion d'un accident professionnel. (observation III)

CHAPITRE VI.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Professeur SIRAUD).

Jean G., 28 ans, garçon de café.

En descendant des escaliers pendant qu'il portait des tables en fer, a glissé et est tombé sur la main droite.

Du récit du malade, il résulte que sa main, n'ayant pas lâché la table qu'elle portait, a subi à l'occasion de la chute un mouvement d'extension forcée.

L'accident date de la veille. Grosse tuméfaction. Pas de rougeur de la peau. Crépitation très nette. La synovite s'étend aux extenseurs.

Pas d'antécédents arthritiques ni rhumatismaux.

Date de l'accident, 28 avril 1913.

Guérison et reprise du travail, 6 juin.

Durée de l'invalidité, 39 jours.

OBSERVATION II (Id.).

Jules D., 26 ans, employé de magasin.

En serrant une essoreuse, a eu l'avant-bras droit serré par une poulie.

Traumatisme très localisé des faces postérieure et externe du radius. — Hématome. — L'injection des gaines paraît abondante.

Date de l'accident, 30 juillet.

Guérison et reprise du travail, 12 août.

Durée de l'invalidité, 12 jours.

OBSERVATION III (Id.).

Benoît G., 38 ans, manœuvre.

En chargeant un bateau de briquettes, a glissé sur le pont et a eu le poignet droit serré entre le pont et les briquettes.

Pas de trace de traumatisme : tuméfaction peu marquée ; les phénomènes douloureux sont peu accentués ; les mouvements actifs sont restés passibles, et ils sont pour le malade plutôt une occasion de soulagement. La crépitation habituelle à la synovite sèche n'existe pas, mais on fait le diagnostic de grains riziformes (bruit de chaînon).

Ganglions axillaires très nets ; bacillose probable.

Incision. — Curettage. — Grains riziformes. — Hématome à l'intérieur de la gaine.

Date de l'accident, 7 octobre 1913.

Guérison et reprise du travail, 4 décembre 1913.

Durée de l'invalidité, 56 jours.

OBSERVATION IV (Id.).

André L., 26 ans, tailleur de pierres.

En sciant un bloc de pierre, a ressenti une vive douleur dans le poignet droit.

L'affection est survenue en dehors de tout traumatisme. Début et invasion très brusques cependant, le malade ne peut continuer sa journée. Tuméfaction et phénomènes douloureux très marqués quelques heures après le début, s'étendant à toute la face postérieure du poignet. Crépitation très nette également perçue au niveau des tendons extenseurs des doigts.

Date de l'accident, 15 novembre 1913.

Guérison et reprise du travail, 1^{er} décembre 1913.

Durée de l'invalidité, 15 jours.

OBSERVATION V (Id.).

Gabriel A., 27 ans, peintre-plâtrier.

En démontant un échafaudage, a ressenti une vive douleur au poignet gauche.

Le malade était occupé depuis deux jours à badigeonner au pinceau la façade d'une maison. Vu vingt-quatre heures après le début. Tuméfaction dure et très douloureuse. Crépitation remontant jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras. Rougeur de la peau.

Crise de rhumatisme articulaire à 16 ans et plusieurs attein-

tes consécutives, localisées toujours aux membres inférieurs.

Date de l'accident, 15 novembre 1913.

Guérison et reprise du travail, 1^{er} décembre 1913.

Durée de l'invalidité, 15 jours.

OBSERVATION VI (Id.).

Charles L., 27 ans, plombier.

En coupant du zinc à la cisaille, a fait un violent effort de la main droite.

Les phénomènes congestifs sont assez peu marqués. La crépitation est très sensible le long des radiaux et du long abducteur du pouce ; elle atteint à peine la partie moyenne de l'avant-bras. Pas de fluctuations.

Date de l'accident, 27 décembre.

Guérison et reprise du travail, 7 janvier.

Durée de l'invalidité, 10 jours.

OBSERVATION VII (Id.).

Jean M., mécanicien, 25 ans.

En soulevant une pièce de fer pesant environ 15 kilos, a fait un faux mouvement avec le poignet droit.

Déjettement très marqué de la main sur le bord radial de l'avant-bras. — Mouvements actifs complètement supprimés. — Mouvements passifs très douloureux.

Tuméfaction étendue à la face postérieure de l'avant-bras. — Crépitation également perçue à ce niveau, surtout immédiatement au-dessus du ligament annulaire postérieur.

Date de l'accident, 10 janvier 1914.

Guérison et reprise du travail, 28 janvier 1914.

Durée de l'invalidité, 18 jours.

OBSERVATION VIII (Id.).

Alphonse B., 33 ans, charpentier.

En rabotant une pièce de bois, a fait un mouvement de torsion avec la main gauche.

Tuméfaction très marquée et très dure, orientée obliquement par rapport à la face externe du radius. — Sensation de rénitence. — On a l'impression d'une injection au suif. —

Affection très douloureuse, mouvements actifs supprimés; mouvements passifs douloureux produisant une crépitation très nette dans toute la région tuméfiée, le malade perçoit lui-même cette crépitation.

Date de l'accident, 3 janvier 1914.

Guérison et reprise du travail, 17 janvier 1914.

Durée de l'invalidité, 15 jours.

OBSERVATION IX (Id.).

César M., 26 ans, peintre-plâtrier.

En soulevant un sac de plâtre d'environ 50 kilos, a ressenti une vive douleur dans le poignet droit.

Immobilité de la main en demi-flexion et déjettement sur le bord radial. — Tuméfaction s'étendant jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras et descendant jusqu'à la partie moyenne du premier métacarpien. — Rougeur de la peau dans toute cette étendue. — Crépitation très caractéristique, remontant jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras.

Date de l'accident, 13 février 1914.

Guérison et reprise du travail, 2 mars.

Durée de l'invalidité, 15 jours.

OBSERVATION X (Id.).

Claude P., 52 ans, employé de pharmacie.

En soulevant une balle de flacons, a fait un effort exagéré avec le poignet gauche. Ce malade en est à sa troisième atteinte de la même affection, qui atteint tantôt l'un tantôt l'autre poignet. — Tempérament arthritique. — Pas de crise nette de rhumatisme articulaire aigu, mais douleurs rhumatoïdes très fréquentes.

Tuméfaction importante de toute la face postero-externe du radius, plus marquée au niveau de la partie supérieure du ligament annulaire postérieur. Pas de fluctuation ni de crépitation.

Date de l'accident, 9 mars 1914.

Guérison et reprise du travail, 10 avril 1914.

Durée de l'invalidité, 32 jours.

OBSERVATION XI (Id.).

Albert W., 31 ans, biscutier.

En retenant la mécanique d'un pétrin, a fait un effort exagéré avec la main droite.

Cet ouvrier avait travaillé la veille pendant deux heures à tourner le volant du pétrin mécanique.

La synovite s'étend aux extenseurs. — Tuméfaction dure de toute la partie postérieure et externe du poignet. — Tous les mouvements passifs imprimés à la main sont douloureux, mais surtout le déjettement sur le bord cubital avec flexion. Ils donnent naissance à la crépitation, mais celle-ci ne remonte pas au-dessus de la partie moyenne de l'avant-bras.

Date de l'accident, 18 avril 1912.

Guérison et reprise du travail, 6 mai 1912.

Durée de l'invalidité, 18 jours.

OBSERVATION XII (Id.).

Henri Ch., 30 ans, manœuvre.

En soulevant un lourd fardeau, a ressenti une vive douleur dans la main droite.

Tuméfaction étendue sur la partie inférieure de l'avant-bras dans la région correspondant au trajet des muscles long extenseur et court abducteur du pouce, descendant jusqu'à la partie inférieure de la tabatière anatomique.

Crépitation à l'occasion des mouvements passifs.

Date de l'accident, 24 février 1915.

Guérison et reprise du travail, 22 mars 1915.

Durée de l'invalidité, 25 jours.

OBSERVATION XIII (Id.).

Jules M., 35 ans, manœuvre.

En soulevant un essieu pesant environ 50 kilos, a ressenti une vive douleur au poignet droit.

Le malade est vu 24 heures après l'accident.

Affection très douloureuse, surtout à l'occasion des mouvements. — Pas d'œdème, sensation de fluctuation.

Date de l'accident, 13 décembre 1914.

Guérison et reprise du travail, 15 janvier.

Durée de l'invalidité, 32 jours.

OBSERVATION XIV (Id.).

Antoine S., 27 ans, verrier.

Effort exagéré en soulevant une caisse.

Il s'agit d'une récurrence. La première atteinte remonte à deux ans. — Tuméfaction douloureuse et rouge. — Pas de fluctuation. — Crépitation remontant jusqu'à l'insertion supérieure des radiaux, non perçue au niveau des tendons extenseurs.

Date de l'accident, 5 janvier 1913.

Guérison et reprise du travail, 20 janvier 1913.

Durée de l'invalidité, 14 jours.

OBSERVATION XV (Id.).

Z., 43 ans, vernisseur.

En soulevant une armoire, il se retourna brusquement le poignet droit.

Le malade est vu le lendemain de son accident. — Tuméfaction importante dans la région des tendons radiaux. — Palpation très douloureuse. — Mouvements actifs impossibles. — Crépitation légère.

Date de l'accident, 4 novembre 1913.

Guérison et reprise du travail, 13 novembre 1913.

Durée de l'invalidité, 9 jours.

OBSERVATION XVI (Id.).

Joseph Ch., 31 ans, manœuvre.

A eu la main gauche serrée entre deux plateaux.

Ecchymose superficielle au niveau du traumatisme subit, sur la face externe du radius, à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde hyperostose des 2^e et 3^e métacarpiens (spécificité). — Crépitation à peine perceptible. On a l'impression d'une injection abondante de la gaine des radiaux. — Pas de fluctuation.

Date de l'accident, 13 mai 1912.

Guérison et reprise du travail, 29 juin 1912.

Durée de l'invalidité, 49 jours.

OBSERVATION XVII (Id.).

Emile M., 33 ans, manœuvre.

En enfonçant un mât, a eu le poignet gauche violemment retourné.

Déjettement spontané de la main sur le bord radial de l'avant-bras. — Tuméfaction obliquement placée sur la face

externe du radius, crépitation remontant à quelques centimètres au-dessus du ligament annulaire postérieur.

Date de l'accident, 5 juillet 1912.

Guérison et reprise du travail, 23 septembre 1912.

Durée de l'invalidité, 80 jours.

OBSERVATION XVIII (Id.).

Ferdinand M., 32 ans, manoeuvre.

En empilant des caisses, il se tordit le poignet droit.

La cause de l'accident est une extension forcée du poignet.

— Quelques points douloureux mal localisés au niveau du ligament annulaire antérieur. — Gonflement en arrière au-dessus du ligament annulaire postérieur. — Pas de fluctuation nette.

Date de l'accident, 2 décembre 1911.

Guérison et reprise du travail, 26 décembre 1911.

Durée de l'invalidité, 24 jours.

OBSERVATION XIX (Id.).

Marcel M., 29 ans, garçon d'office.

Effort exagéré en soulevant un récipient.

Tuméfaction douloureuse siégeant sur la face externe du radius, oblique de haut en bas, et de dedans en dehors. — Crépitation à l'occasion des mouvements passifs, remontant jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras.

Date de l'accident, 19 juillet 1912.

Guérison et reprise du travail, 31 juillet 1912.

Durée de l'invalidité, 12 jours.

OBSERVATION XX (Id.).

Jean-Marie L., employé de factage.

En déchargeant une voiture, une malle lui tomba sur le bras gauche.

Pas de traces extérieures de traumatisme.

Rougeur diffuse et gonflement sur le trajet des radiaux et du long abducteur du pouce. — Crépitation.

Date de l'accident, 13 décembre 1911.

Guérison et reprise du travail, 2 janvier 1912.

Durée de l'invalidité, 17 jours.

OBSERVATION XXI (Id.).

Henri B., 53 ans, manœuvre.

En voulant amarrer un bateau, le câble lui froissa le dos de la main droite.

La synovite s'étend aux extenseurs. L'accident date de deux jours, les phénomènes douloureux sont peu accentués. — Les mouvements sont restés possibles.

Date de l'accident, 16 décembre 1911.

Guérison et reprise du travail, 29 décembre 1911.

Durée de l'invalidité, 13 jours.

OBSERVATION XXII (due à l'obligeance de M. DEVAUX).

Joannès M., 39 ans, infirmier à l'Hôpital Saint-Pothin.

Le malade a eu le matin, au réveil, une sensation douloureuse dans la partie postérieure externe du poignet. Il présente un gonflement de toute la portion radiale de la face postérieure de l'avant-bras, descendant en bas et en dehors dans la tabatière anatomique, surtout sensible au-dessus du ligament annulaire postérieur. — Pas de fluctuation nette.

Le déjettement passif de la main sur le bord cubital de l'avant-bras, surtout avec flexion, est très douloureux.

L'extension des quatre derniers doigts ne donne pas naissance aux phénomènes crépitants, mais l'extension du pouce les fait naître dans le long abducteur et le court extenseur.

Cette crépitation est subjective, c'est-à-dire perçue par le malade lui-même, et remonte jusqu'aux attaches supérieures de ces muscles.

L'extension de la main en totalité avec abduction donne au maximum le phénomène de crépitation.

Le malade accuse à 20 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu. En outre, tempérament arthritique, douleurs articulaires et musculaires fugaces.

Il avait travaillé la veille pendant 4 heures à charger un tombereau de charbon (maniement de la pelle).

OBSERVATION XXIII (PERSONNELLE).

Pierre G., maréchal ferrant, 45 ans.

Le malade en est à sa quatrième récurrence, siégeant toujours sur le membre droit.

Tuméfaction diffuse du dos du poignet et de la face inféro-externe de l'avant-bras, peau rouge et chaude, mouvements actifs partiellement conservés dans les quatre derniers doigts, abolis dans le pouce. La mobilisation de celui-ci fait naître une grosse crépitation que le malade perçoit très bien et que l'on sent tout le long du radius jusqu'à sa partie supérieure.

Pas de fluctuation, mais on sent au-dessus du ligament annulaire dorsal, un peu en dedans des muscles du pouce, une tuméfaction dure et qui paraît être la gaine des tendons radiaux distendue ou très épaissie.

Les tendons extenseurs sont respectés.

Le malade a eu de nombreuses atteintes antérieures de rhumatisme.

CONCLUSIONS

I. — La synovite professionnelle d'origine traumatique de la gaine des radiaux et des extenseurs est facilitée par la disposition anatomique de cette gaine, l'obliquité des tendons, et l'arrachement probable des mésos suivi d'hématome.

II. — Certains travailleurs y sont particulièrement exposés (forgerons, terrassiers, menuisiers, peintres en bâtiment) etc. Constamment, la même cause reparait, ce sont les mouvements forcés et renouvelés de l'extension du pouce et de la main,

III — Nous distinguons deux formes de synovite traumatique : 1° La synovite aiguë, se produisant brusquement à la suite d'un effort des extenseurs ou des radiaux, et suivie d'infiltration séreuse ou sanguine des gaines ; 2° la synovite latente, caractérisée par l'apparition d'une douleur plus ou moins vive, puis l'apparition de crépitation des gaines, avec ou sans infiltration séreuse.

IV — L'évolution de cette synovite est généralement bénigne. Elle ne comporte qu'un traitement médical, pas d'intervention ; elle entraîne en général une incapacité de travail variant entre une et trois semaines.

V — Son mode d'apparition, ses récides et sa localisation à certaines catégories professionnelles doivent la faire considérer comme un véritable accident du travail, entraînant la responsabilité légale du patron.

Le Président de thèse,

Dr NICOLAS.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juillet 1915.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LUCIEN. — Etude sur le développement des coulisses fibreuses, des gaines synoviales et des aponévroses du poignet et de la main. (Thèse Nancy, 1907.)
- DE BOVIS. — *Périténosites*. (Union médicale du Nord-Est, 1899, p. 113.)
- SCHWARTZ. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Synoviales (1883).
- LARGER. — *Aï douloureux*. (Bulletin de la Société de chirurgie, 12 oct. 1881, 15 février 1882, 21 juin 1893.)
- DEBIERRE et ROCHET. — Gaines séreuses des tendons des radiaux externes. (Archives de physiologie 1887.)
- DE QUERVAIN. — Une forme de tendo-vaginite chronique. (Correspond. Blatt. für Schwei. Hertze, 1^{er} juillet 1895.)
- ROCHET. — *Aï douloureux*. (Arch. prov. de chirurgie, 1898, p. 634.)
- LUCKE. — Hydropisie des gaines tendineuses et kyste ténosynoviaux (Deutsche Zeitschr. f. chir. 1872, p. 466.)
- LANGEMAK. — Origine des hygromas. Arch. f. Klin. chir. 1903, Bd LXX, p. 946, et Bd LXXI, p. 268. et Deutsche Zeitschr. f. chir. 1904, Bd LXXXIII, p. 563.)
- POULAIN. — Mémoire sur la crépitation des gaines tendineuses. (Gazette médicale de Paris, 1835, p. 385.)
- DECHAMBRE. — Influence du rhumatisme sur la production de l'hydropisie des gaines synoviales tendineuses. (Gazette hebdomadaire 1868, p. 648.)
- FORGUE et JEANBRAU. — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, suites médicales et judiciaires.
-

